

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

NOMBRE DEL PACIENTE: ..... APELLIDOS: .....

RUT.....EDAD:.....

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas) .....

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: COLECTOMÍA SEGMENTARIA (EXTIRPACIÓN DE UN SEGMENTO DEL INTESTINO GRUESO)

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### **LO QUE USTED DEBE SABER**

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La intervención propuesta consiste en extirpar un segmento, más o menos extenso de su intestino grueso, en función de su enfermedad. Después se cose (sutura) para restaurar la continuidad del tubo digestivo, siempre que sea posible

##### CÓMO SE REALIZA

La intervención se hace mediante una incisión en el abdomen (abordaje abierto) o unas pequeñas incisiones abdominales (laparoscopia), a través de las que introduciremos el material quirúrgico y una cámara para ver la cavidad abdominal. En este procedimiento se introduce gas en la cavidad para crear un espacio en el que poder trabajar, siendo la operación realizada la misma por cualquiera de los dos procedimientos de acceso. Habitualmente es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

Es posible que haya que realizar modificaciones del procedimiento quirúrgico por los hallazgos durante la operación. En los casos en que no sea posible concluir la intervención mediante laparoscopia se realizará una cirugía abierta, mediante una incisión de mayor tamaño.

En ocasiones puede ser necesario ampliar la extirpación a otros órganos. En algunos casos, hay que realizar un ano artificial en la pared abdominal, en la mayoría de los casos, es temporal.

El procedimiento requiere anestesia general, de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo. Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma. De todo ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización.

##### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La extirpación de un segmento del intestino grueso aumenta, en algunos casos, el número de deposiciones al día, si bien en muchas ocasiones se normaliza con el tiempo.

## EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

\_Al extirpar la parte del intestino enferma se evitarán complicaciones (sangrado, perforación, obstrucción, fístula...) que precisarían intervención urgente, así como la extensión de la enfermedad, en su caso.

La operación mediante laparoscopia, como se hace mediante incisiones más pequeñas, disminuye el riesgo de hernias. Además, el dolor postoperatorio, generalmente, es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida y el periodo de convalecencia suele ser más corto y confortable.

## OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

En su caso pensamos que no existe una alternativa eficaz de tratamiento para su enfermedad.

## QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

### • LOS MÁS FRECUENTES:

- Infección o sangrado de la herida
- Retención aguda de orina
- Inflamación de las venas (flebitis).
- Aumento del número de deposiciones.
- Dolor prolongado en la zona de la operación. .
- En la cirugía laparoscópica se puede extender el gas al tejido subcutáneo u otras zonas y pueden aparecer dolores referidos, habitualmente, al hombro.

### • LOS MÁS GRAVES:

- Apertura de la herida (dehiscencia).
- Fístula de la unión entre los cabos del intestino extirpado por alteración en la cicatrización, que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico pero que a veces precisa una reintervención para la realización de un ano artificial.
- Sangrado o infección intraabdominal.
- Obstrucción intestinal.
- Reproducción de la enfermedad.
- Si el abordaje es por laparoscopia puede haber lesiones vasculares o lesiones de órganos vecinos.

## OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
  - Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.
  - Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso
-

## II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.  
En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

     SI      NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

     SI      NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

### DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) .....,  
autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

### MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Apellidos y nombre del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

### RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) .....,  
no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos pacientes y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) .....,  
de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos pacientes y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....